Region Stockholm

Vårdnadshavares godkännande av kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) i Stockholm

Ungdomens namn:

Personnummer:

☐ **Jag godkänner att BUP deltar i social insatsgrupp (SIG) och därmed får bryta sekretessen för att dela nödvändig information med socialtjänst, polis, skola och andra som deltar.** (Obligatoriskt)

☐ **Jag godkänner att BUP får hämta in elevhälsovårdsjournalen från skolan.** (Valfritt)

Ort och datum:

Underskrift:

Namnförtydligande:

Ort och datum:

Underskrift:

Namnförtydligande: